

平成 年 月 日

# 診療情報提供書

大森赤十字病院

TEL03-3775-3676 (直通) FAX03-3775-3653 (直通)

科 先生

該当するものに○印をしてください。

1. 外来診療      2. 入院診療

医療機関名

所在地

TEL

FAX

医師名

| フリガナ                                | 予約時間 | 年          | 月 | 日 | 時         | 分   |
|-------------------------------------|------|------------|---|---|-----------|-----|
| 患者氏名                                | 様    | 明・大<br>昭・平 | 年 | 月 | 日生        | 男・女 |
| 主訴・病名・紹介目的                          |      |            |   |   |           |     |
| 症状・経過・治療・検査結果・処方など                  |      |            |   |   |           |     |
| 添付資料<br>フィルム ( 枚) ・ ECG ・ US ・ 検査結果 |      |            |   |   | 返却<br>要・否 |     |
| (備考)                                |      |            |   |   |           |     |